

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**PERFIL PSIQUIÁTRICO EN LA POBLACIÓN CARCELARIA DE GÉNERO
MASCULINO DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE VARONES
NÚMERO 1 DE QUITO ECUADOR EN OCTUBRE DEL 2011.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

BONILLA ESCOBAR JACINTO ESTEBAN

SALGADO PLONSKI JOSÉ JAVIER

Director: Dr. Francisco Cornejo Moscoso

Quito, 2012

AGRADECIMIENTOS

A los médicos Francisco Cornejo y René Buitrón, por la guía y correcciones a la presente investigación.

A los médicos Armando Camino, Elena Tulcanaza y Elías Dávila.

A los internos del Centro de Rehabilitación Social N°1 de Quito y a su director, Dr. Fausto Velásquez.

Al personal académico del mismo, en especial a los Licenciados Luis Torres y Marlene Chicaiza.

Al Dr. Julio Sánchez, docente de la Universidad Católica del Ecuador.

Dedicamos este esfuerzo a nuestros compañeros, maestros y a nuestras familias.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	1
TABLA DE CONTENIDOS.....	3
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE APÉNDICES	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	12
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	12
CAPÍTULO III.....	21
3. METODOLOGÍA	21
3.1 Operacionalización de variables del estudio.....	21
3.2 Muestra	22
3.3 Tipo de estudio.....	23
3.4 Plan de análisis de datos	24
CAPÍTULO IV.....	25
4. RESULTADOS	25
4.1 Características generales.....	25
4.1.1 Características demográficas	25
4.1.2 Situación actual de las personas privadas de libertad	26
4.1.3 Problemas biopsicosociales	28
4.2 Análisis bivariado.....	30

4.2.1 Características generales de la población carcelaria y sus asociaciones	30
4.3 Perfil psiquiátrico	37
4.3.1 Riesgo de patología psiquiátrica	38
4.3.2 Patología Psiquiátrica Severa	39
4.3.3 Índices	40
4.3.4 Características generales de la población carcelaria y su influencia en la patología psiquiátrica	41
4.4 Análisis multivariante	51
CAPÍTULO V	54
5. DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	72
APÉNDICE	81

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Regresión Logística Binaria para Riesgo de Patología Psiquiátrica y Alteración Psiquiátrica	50
Tabla 2. Características demográficas, intrínsecas y biopsicosociales en relación con la patología psiquiátrica	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Perfil psiquiátrico en el CRS según el tipo de delito	27
Gráfico 2. Perfil psiquiátrico en el CRS según al pabellón que pertenecen	28
Gráfico 3. Perfil psiquiátrico en el CRS según la enfermedad asociada.....	29
Gráfico 4. Perfil psiquiátrico en el CRS según la población en riesgo	38
Cuadro 5. Perfil psiquiátrico en el CRS según la población con patología severa.....	39

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1. Cuestionario SCL 90 R modificado para el español.....	78
Apéndice 2. Entrevista personal	80
Apéndice 3. Consentimiento informado	81

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de posibles trastornos mentales en la población carcelaria de género masculino (en el Centro de Rehabilitación Social de varones N°1 de Quito), y encontrar que factores se asocian a la presentación de esta prevalencia. Fue un estudio transversal con muestreo aleatorio simple en una población de 161 de un total de 970 reclusos. Se aplicó la encuesta de *screening* psiquiátrico institucional SCL 90-R, en adición a un cuestionario personal con características demográficas, biopsicosociales y concernientes a la situación actual de la persona privada de libertad. Los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS V19 y la interpretación correspondiente al método de evaluación psiquiátrico SCL 90-R. La prevalencia para cualquier perturbación psicológica en los presos fue del 21,1%, para riesgo de patología psiquiátrica del 14,9%, y para patología psiquiátrica severa del 6,2% (cifras similares a las de otros países). Mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica se dio en quienes carecían de apoyo familiar y trabajo, y en quienes presentaron enfermedad orgánica asociada. La patología psiquiátrica severa también se vio determinada por esos factores, a excepción del apoyo familiar, el cual resultó ser más frecuente. Las patologías psiquiátricas que los internos están más propensos a desarrollar son principalmente las de ideación paranoide, ansiedad y ansiedad fóbica; mientras que las patologías psiquiátricas que se presentaron con severidad fueron la ansiedad fóbica, la depresión y el psicoticismo. No se encontraron estudios similares para realizar comparaciones relevantes.

ABSTRACT

We performed a study to estimate the possible prevalence of mental disorders in the male prison population (Centro de Rehabilitación Social de varones N°1 de Quito) and find which factors are associated with the presentation of this prevalence. It was a cross-sectional study with simple random sampling in a population of 161 from a total of 970 inmates. An institutional psychiatric screening SCL 90-R was applied in addition to a personal questionnaire with demographic characteristics, biopsychosocial and the ones concerning the current status of the detainee. Data were analyzed using the SPSS V19 and interpretation for the psychiatric evaluation method SCL 90-R. The prevalence for any psychological disorder in prisoners was 21.1%. For psychiatric disease risk was 14.9% and for severe psychiatric disorders was 6.2% (figures similar to those of other countries). Higher prevalence of psychiatric disorders risk occurred in those without family support and work, and the ones who had an organic disease associated. Severe psychiatric disorders was also determined by these factors, except family support, which was more frequent. The psychiatric disorders that inmates are more likely to develop are mainly paranoid ideation, anxiety and phobic anxiety, whereas the severe psychiatric disorders were phobic anxiety, depression and psychoticism. There were no similar studies for relevant comparisons.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Primero se los llamó locos, luego enfermos mentales. En la antigüedad se los expulsaba a la deriva en barcos, en el siglo XVII se los encerraba junto a mendigos y desocupados, en el siglo XVIII se los persigue y deshumaniza, en el XIX se experimentó con ellos y se los llevó a un aislamiento permanente, encerrándolos junto a los criminales, en el siglo XX la enfermedad mental pasa a ser dominada, enjuiciada y castigada, y en nuestra época la sociedad se erige como la principal responsable de los trastornos psiquiátricos. Los acercamientos de Plinel, Mitahell, Tuke y otras experiencias individuales y colectivas constituyen la consideración más humana y lastimosamente excepcional de la enfermedad mental; estos acercamientos se basaron en la libertad y la fraternidad, donde los métodos de coerción y restricción fueron abolidos para lograr una reintegración social exitosa y duradera (1), (2).

En contra de estos últimos preceptos, nos encontramos ante la idea de reclusión. Cuando la esclavitud, la tortura, la mutilación y el asesinato no fueron suficientes (o en todo caso no eran bien vistos), se inicio la detención primero y luego la reclusión. Establecimientos consagrados a este objetivo se consolidaron en la Edad Media (especialmente en Inglaterra), donde permanecían en el encierro principalmente los enemigos del rey. A pesar de que la función de la prisión se ha ido modificando

según diversas escuelas jurídico-penales (castigo, sanción, reinserción), el principio es el mismo: privar de la libertad a un ser humano como método de sanción social.

Desde mediados del siglo XX la relación entre crimen y locura ha sido un pilar fundamental en la historia de la psiquiatría. En esta relación se ha fundamentado la noción de peligrosidad social, fenómeno que ha sido utilizado –a través de la historia– como pretexto de coerción y control social. Varios métodos han sido usados para este fin y, hay que decirlo, la psiquiatría ha sido uno de ellos. La legitimación pública y legal de esta rama médica ha sido obtenida en especial por su papel en las cortes judiciales y su actuación a favor o en contra de determinado acusado (3). Actualmente –y gracias al avance científico– la psiquiatría es considerada una rama legítima dentro de la medicina; lo que no ha evitado el cuestionamiento contra su papel de guardián del orden social.

Independientemente de lo opresivo que pueda resultar tal o cual sistema social, la psiquiatría ha tenido un papel primordial respecto al control social (sin negar sus contribuciones a la salud mental de la población en general). Ahora es evidente el poder de esta ciencia, especialmente en el campo jurídico-legal, ejemplificando las predicciones de Foucault y los análisis de Kropotkin respecto a la relación entre crimen y enfermedad mental. Por tanto, siempre debemos tener presente la muy delgada línea que hay entre *la razón del sanador* y *la razón del enfermo*, en virtud del reconocimiento y diferenciación entre coerción y ayuda.

La ciencia ha demostrado hasta el cansancio que nuestras ideas son reflejo del entorno, del modelo social del momento; dado que nuestra voluntad –impulsada por nuestras ideas- nos lleva a la acción, las prisiones representan una construcción social que encaja adecuadamente en nuestro modelo de sociedad. En realidad se podría decir algo similar sobre la enfermedad mental, donde la organización social predominante y sus aberraciones (colectivas e individuales), determinan la salud mental del individuo. En otras palabras, el problema crimen–locura es un reflejo del sistema de organización social actual, y por tanto la denominada rehabilitación social es inalcanzable tanto en cuanto se reproducen en la prisión las mismas e incluso más acentuadas aberraciones sociales que fuera de ella.

Los denominados enfermos mentales terminan en prisión por diversas razones: episodios de alteración mental no advertidos, episodios advertidos (pero no apreciados como causa de inimputabilidad), o por episodios sobrevenidos a la enfermedad latente (4). Si nos limitamos al ámbito penal, *“La inimputabilidad es la capacidad de delinquir, la inimputabilidad es aquella que habiéndose cometido un delito no podemos establecer todavía si este se realizó con voluntad y conciencia...”* (5).

La tendencia en la actualidad, es considerar a la mayoría de delitos cometidos por enfermos mentales, imputables. Esto marca un cambio respecto a lo que ha sucedido en los últimos años, donde la mejor defensa había establecido el logro de la inimputabilidad a través del examen psiquiátrico.

Nosotros no vamos a ahondar en estos términos, pues también habría que considerar el papel de la prisión como coadyuvante o generador de patología

psiquiátrica. Es más, tendríamos que ahondar en la anormalidad del ambiente penitenciario para el desarrollo físico y mental del ser humano. Por otro lado, si bien hay controversia sobre la existencia de prisiones psiquiátricas, la evidencia nos guía en contra de esta propuesta; e incluso nos alerta sobre la peligrosidad de sobrepasar nuestro rol como médicos y consejeros (4).

Las personas reclusas en prisiones y en hospitales psiquiátricos tienen mucho en común. Son particularmente vulnerables a desarrollar diferentes problemas mentales. Entre ellos se pueden encontrar problemas de privación, desempleo, historia de abuso, drogadicción, falta de un hogar fijo y contacto previo con servicios de salud mental. También se suele encontrar problemas de alfabetización y desarrollo intelectual inadecuado (6), (7), (8), (9).

Así como la familia, la escuela y los hospitales, las prisiones reproducen las normativas del sistema predominante de organización social. Estas instituciones se suelen denominar centros de rehabilitación social en virtud de sus principales objetivos. Sin embargo, y a través de su historia, las prisiones han mostrado un contundente fracaso respecto a su función social. Esto no ha obstaculizado su continuo funcionamiento, y más bien ha fortalecido su papel como aparato de aislamiento y represión social.

A nivel mundial hay más de 9.8 millones de personas privadas de la libertad en instituciones penales, la mitad está en los Estados Unidos, Rusia o China. En el primer

país mencionado, la tasa es de 756 presos por cada 100.000 personas de todo el mundo; en el Caribe es de más de 300 y en Sudamérica de 154 por cada 100.000. Hacia finales del 2008, en Ecuador había más de 17.000 presos (para marzo del 2011 aproximadamente 13.000 (10)); 126 por cada 100.000 personas de la población mundial, una tasa relativamente baja para la región (11).

En el país existen más de treinta Centros de Rehabilitación Social, casi todos desbordados. La capacidad actual del ex penal García Moreno es de 598 personas; para julio del 2010 la densidad poblacional allí fue de 796 internos (10), en el momento del estudio fue de 970 (12). En este centro carcelario se encuentran solo quienes ya han recibido sentencia.

En 1869 (13), se iniciaría la edificación de lo que 3 años después constituiría una de las prisiones más importantes del continente, el penal García Moreno. El ahora llamado Centro de Rehabilitación Social N°1 de varones fue concebido para una capacidad de 270 personas (13), ha pasado por varias remodelaciones en infraestructura y funcionamiento, y ha constituido el centro de reclusión más emblemático –incluso hasta el día de hoy- de la ciudad y del país. Estas remodelaciones e intervenciones, también han tocado la siempre precaria área médica y de salud integral, en la cual nos hemos enfocado.

En la actualidad, esta prisión cuenta con tres médicos, un fisioterapeuta, cinco psicólogos, un auxiliar de enfermería, un psiquiatra y dos odontólogos. La atención se

reparte en la mañana y en la tarde en: cuatro consultorios médicos, uno de fisioterapia, uno odontológico, un laboratorio, un departamento de rayos X y una farmacia. Los consultorios de Psicología se encuentran apartados de los mencionados. Los insumos y medicamentos son obtenidos a cuentagotas y de manera irregular a través del Centro de Salud #1 de Quito. La población psiquiátrica es principalmente atendida en las mañanas, y sobre todo para casos de transferencia y administración de medicamentos (14).

Históricamente y a nivel mundial, la población carcelaria ha sido ignorada, discriminada y marginada por la sociedad y las autoridades de turno. Lo contrario no ha sucedido en nuestro país, donde se ha llegado a ejercer violencia de Estado (directa o indirectamente) (15). Los cambios estructurales y funcionales de los últimos años han paliado en algo la recrudecida situación humana de los presos, en particular aquellos concernientes al ex penal García Moreno (16).

De manera similar ha sido tratada la población psiquiátrica; la prevalencia de los trastornos psiquiátricos a nivel mundial ha aumentado progresivamente a la par de la población general, pero en una mayor proporción respecto a esta última (17). De la misma manera lo han hecho los sistemas de atención en salud mental, la industria farmacéutica respectiva y los especialistas en este campo (17).

Por otro lado, el número de pacientes psiquiátricos crónicos encarcelados se ha incrementado hasta un 16 % del total de la población carcelaria, según un reporte del

2006 dado por la Comisión Nacional en Seguridad y Abuso de las Prisiones de los Estados Unidos. Sin embargo, según otras estimaciones, este número llega al 30 y 36 % e incluso al 54 % cuando se toman en cuenta pacientes con otros desórdenes de ansiedad (o con problemas de alcoholismo o baja inteligencia) (18 y 19). Según expertos en el ámbito psiquiátrico institucional y las últimas estadísticas disponibles, el porcentaje de los enfermos mentales (tanto en prisiones como en centros psiquiátricos) está creciendo entre un 5% y 10 % cada año (18).

Está claro que la patología psiquiátrica adquiere mayor relevancia en el ámbito carcelario. Por ejemplo, respecto a la población general, la enfermedad psicótica y la depresión mayor “*son entre dos y cuatro veces más frecuentes*”. En porcentajes, la primera patología abarcaría un 4 %, y la segunda entre 10 y 12 % (20).

“Los trastornos psiquiátricos suelen afectar a los dominios cognitivos, emocionales y volitivos y a las funciones de la personalidad, que también son funciones de interés en derecho penal, ya que son esenciales al momento de adjudicar culpa, declarar a un acusado como delincuente y dictar una sentencia. Por consiguiente, se ha descrito una relación entre las enfermedades psiquiátricas y la delincuencia y se ha enunciado como una de las causas de prisión de un gran número de pacientes psiquiátricos. Es cuestión debatida si esta relación es de una causalidad directa o indirecta a través de otras muchas variables, pero se acepta en general que las prisiones se han convertido de hecho en una parte importante de los sistemas psiquiátricos en muchos países” (21).

Independientemente de esta última aseveración, se ha encontrado que las toxicomanías (31 %), la psicosis (29 %), la esquizofrenia (21 %) y los trastornos

afectivos (8 %) predominan en pacientes psiquiátricos que han cometido homicidios (21). La violencia predomina en quienes abusan de sustancias, especialmente alcohol (21). Y hay reportes que indican que los pacientes psiquiátricos tienen mayor probabilidad de presentar un antecedente penal (hasta 2.5 veces) y de tener antecedentes violentos (hasta 4 veces lo que la población general) (22).

En la mayor revisión sistemática realizada sobre los trastornos mentales en las prisiones en el mundo occidental, se encontró que: del 3 al 7 % de prisioneros varones presentaron enfermedad psicótica, un 10% depresión mayor y un 65% algún trastorno de la personalidad (40% trastorno de personalidad antisocial). En mujeres, 40% presentó enfermedad psicótica, un 12 % depresión mayor y un 42% algún trastorno de la personalidad (21% trastorno de personalidad antisocial). En relación a la población general, la población psiquiátrica encarcelada presentó mayor probabilidad de presentar depresión mayor y psicosis, así como diez veces mayor probabilidad de presentar trastorno de personalidad antisocial (20).

En el escenario local, tenemos un antecedente: se realizó un estudio en la Cárcel de Mujeres de Quito, hace 7 años. Allí se aplicó, en busca de una estandarización de herramientas de evaluación psiquiátrica institucional, el cuestionario SCL-90R. En busca de un perfil psiquiátrico institucional, los hallazgos más relevantes fueron que el 52 % de las reclusas presentaron sospecha de patología psiquiátrica, y que muchas compartían dos o más patologías. Se encontró también, que el 37.7 % de las reclusas presentaron somatización, 26.6 % depresión, 14 % fobia, 12.2 % psicotismo, 12.2 % paranoia, 11.1 % hostilidad, 10.5 % ansiedad, 9 % obsesión-compulsión y 8.33 % sensibilidad interpersonal (23).

A la luz de estos datos, es evidente la falta de información de nuestro entorno. En el Centro de Rehabilitación Social número 1 de Quito, existen pacientes psiquiátricos presos, cuyos rasgos psiquiátricos a nivel general desconocemos. El propósito del presente estudio fue precisamente determinar el perfil psiquiátrico de los prisioneros del Centro de Rehabilitación Social mencionado, para focalizar esfuerzos tanto en atención psiquiátrica individual como en actividades colectivas. Todo esto sin descartar el tema de la prevención y mejoramiento del entorno. Además –y no menos importante- se intentó realzar la importancia de una evaluación institucional psiquiátrica específica, para – considerando el antecedente mencionado- estandarizar métodos de *screening* institucional. De manera complementaria, se pretendió asociar posibles factores de riesgo para determinados rasgos psiquiátricos, para de este modo dirigir una atención integral dentro de la prisión y fuera de ella.

Si bien por el momento no podemos resolver la gran cuestión entre causalidad y consecuencia respecto a la relación enfermedad mental – delito, un buen punto de partida es la determinación del perfil psiquiátrico. De este modo podemos conocer los rasgos generales de lo que en un futuro se puede ahondar, en busca de resolver esta gran pregunta.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En los estudios mencionados se han utilizados diferentes métodos de evaluación psiquiátrica y trastornos mentales, y quizá esto infiera (al menos en parte), en la heterogeneidad de los hallazgos. Uno de los más prácticos es el SCL 90-R, por su sencillez, fácil uso y alta sensibilidad y especificidad (83 y 80 % respectivamente). El Symptom Check List es un cuestionario multidimensional autoadministrado que fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en la población general y tanto como método de *screening* como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento (24).

El Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la medición de la sintomatología psicopatológica en población clínica y en la población general (25). La mayoría de estudios que se han realizado con este instrumento corresponden a instituciones, especialmente educativas. Esto no quita su importancia en otras instituciones, como las prisiones, donde se constituye como un excelente elemento de screening psiquiátrico (26).

El Inventario de Síntomas de Derogatis, ***Revisado*** (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]) es un instrumento de autoinforme desarrollado por Leonard Derogatis y asociados que consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales el respondiente debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. La modificación que usamos en este estudio es una adaptación que se ha asimilado en España, México y Argentina como versión del castellano. Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos.

Como mencionamos previamente, puede ser utilizado en pacientes en tratamiento psicológico o psiquiátrico y en población general. Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones psicopatológicas primarias de síntomas (Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología: el índice de Gravedad Global (Global Severity index, GSI), el índice de Malestar Positivo (Positive Symptom Distress, PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (Positive Symptom Total, PST) (27).

En realidad el SCL-90-R es la culminación de una prolongada tradición de instrumentos de autoinforme clínico que comenzó con el Personal Data Sheet (28), y que más adelante condujo al desarrollo del Cornell Medical index [CMI] (28). Algunos años

más tarde, Parloff, Kelman y Frank utilizaron varios de los síntomas incluidos en el CMI como base para desarrollar su Discomfort Scale en 1954 que sirvió, junto con los instrumentos anteriores, como esqueleto del Hopkins Symptom Checklist [HSCL] (29), (30), compuesto por 51 ítems agrupados en cinco dimensiones de síntomas. Aunque el inventario mostró un funcionamiento aceptable (31), sus creadores detectaron una serie de problemas que restringían su utilidad, lo que motivó un exhaustivo programa de investigación que produjo sucesivas variaciones del HSCL durante la década de 1970, al cabo de las cuales se obtuvo el SCL-90 y, luego de algunas modificaciones menores, la versión *revisada* conocida como SCL-90-R.

Como los distintos estudios muestran claramente que las puntuaciones medias son superiores en población clínica y que sirve para discriminar pacientes de control de la población normal, el inventario puede ser utilizado como método de cribado para la detección de casos clínicos (32), (33). Además resulta útil para la valoración de cambios sintomáticos producidos por el tratamiento o para el seguimiento de diversos casos crónicos (34), (35). Así, se ha señalado que esta escala puede utilizarse en el contexto clínico para (36):

- cribado.
- asistir al diagnóstico según los actuales sistemas clasificatorios.
- evaluar las características clínicas de los pacientes, más allá del diagnóstico, para facilitar la selección de tratamiento.
- supervisar los beneficios y los efectos adversos del tratamiento (por ejemplo, en el seguimiento de los cambios en la sintomatología).
- otros usos, tales como la determinación del pronóstico o para fines administrativos (por ejemplo, la discapacidad o el asesoramiento forense).

Derogatis y Cleary llevaron a cabo un análisis factorial del instrumento en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, obteniendo nueve factores o dimensiones de síntomas (esto en 1977). Las escalas fueron derivadas progresivamente utilizando una combinación de estrategias clínicas, racionales y empíricas con el objetivo de ser clínicamente útiles, para lo cual se impuso el triple requisito de una definición clara y consistente en la literatura, susceptibilidad de medición mediante autoinforme y confirmación psicométrica (37).

El SCL-90-R también permite calcular tres índices generales, combinando las respuestas a todos los reactivos: Índice de Severidad Global [ISG] (indicador del nivel actual de malestar percibido), Total de síntomas positivos [TSP] (total de síntomas reconocidos como presentes), e Índice de Malestar Sintomático Positivo [IMSP] (que evalúa el estilo de respuesta y su fidelidad). Se incluye además una serie de siete ítems adicionales discretos (referidos a trastornos del sueño, comportamiento alimentario, etc.) no incluidos en ninguna de las escalas (27).

En un interesante estudio sobre el instrumento (38), se atribuye la popularidad del SCL- 90-R entre investigadores y profesionales a las siguientes características: es un inventario de fácil administración y corrección, exige un grado mínimo de comprensión lectora (sexto grado), su consigna es sencilla, requiere de un breve tiempo de administración (entre 15 y 20 minutos), y resulta útil para adolescentes y adultos, entre otras cualidades; el SCL-90-R permite tamizar sintomatología en tres diferentes niveles de complejidad: el índice general de malestar psicológico, las escalas particulares de síntomas, y el análisis específico de síntomas aislados de particular interés práctico. Se

incluyen aquí los siete ítems de síntomas adicionales mencionados anteriormente. Toda esta información puede integrarse de manera de brindar un perfil acabado del estado psicológico de la persona; por último, el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, según los resultados hallados en diferentes países, culturas, idiomas, edades y muestras (clínicas y de población general). El SCL-90-R cuenta con abundante evidencia a favor de su validez convergente con otros instrumentos diagnósticos, de su validez concurrente y predictiva (38). y de la fiabilidad de sus escalas (33), (34), (39), (40). (41), (42), (43), (44). Cabe señalar que diversos estudios (los primeros aparecidos prontamente luego de la publicación del instrumento en 1977), cuestionan de manera severa la existencia de una estructura factorial de nueve dimensiones, sin que haya acuerdo respecto a cuantas son las dimensiones subyacentes, variando entre un solo factor general hasta 10 factores (38). Esta falta de acuerdo llevó a Cyr, McKenna-Folley y Peeacock a sugerir en 1985 que el instrumento más que datos sobre una serie de dimensiones de síntomas ofrece una medida de malestar psicológico general (45).

Posteriormente a estas apreciaciones, diversos autores también han encontrado diferentes estructuras factoriales en sus análisis, lo que quizá sea el resultado de la alta intercorrelación (ya dada a nivel teórico) que existe entre algunas dimensiones (46).

Estos autores agregan que habría que discutir la pertinencia de considerar la estructura factorial como criterio de validez para una escala sintomática ya que los síntomas presentan distribuciones y correlaciones que dependen estrechamente de su prevalencia específica en cada población y, por lo tanto, cambios en la prevalencia de algunos síntomas afectarán la estructura factorial global. En el mismo sentido, se expresaron De las Cuevas y otros, al señalar que diversos estudios apoyan la hipótesis de que este cuestionario aporta más una medida de malestar psicológico general que una

categorización precisa de distintas dimensiones de psicopatología. Agregan que entonces el SCL-90-R puede considerarse más como un instrumento de cuantificación sintomática que de detección sindrómica específica (35). De cualquier modo, el inventario ofrece un muy buen indicador de malestar psicológico general a través del ISG e información respecto al tipo de sintomatología predominante. El autor de la prueba, no obstante, ha sostenido que la estructura de nueve factores es estable (47).

El SCL-90-R ha sido objeto de diversas traducciones y para el año 2000 ya estaba disponible en 26 idiomas (incluyendo español, alemán, italiano, holandés, francés, ruso, finlandés, danés, japonés, chino, hebreo, y árabe), y validado con diferentes muestras de pacientes (47). No obstante, no abundan los trabajos en castellano. En particular, se destaca la ausencia de estudios realizados en base a población clínica. Las excepciones están dadas por el trabajo de Bonicatto y otros en 1997, en base a población general, y por los trabajos de Casullo y su grupo, también en base a población general, principalmente en adolescentes. (27), (48), (49). (50).

A continuación presentamos una corta revisión de las nueve dimensiones psicopatológicas:

“Somatización: Malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte mediación del sistema nervioso autónomo. También incluye dolores de cabeza, musculares y otras manifestaciones somáticas de ansiedad.

Obsesiones: Incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo: Diversos pensamientos, acciones e impulsos son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o imposibles de controlar.

Sensitividad interpersonal: Sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas; auto depreciación e incomodidad durante interacciones personales. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión también reportan expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales y elevados niveles de autoconciencia pública.

Depresión: Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimiento de desesperanza. También se incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión.

Ansiedad: Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad: inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.

Hostilidad: Incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. La selección de ítems incluye la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Ansiedad fóbica: Caracteriza una respuesta persistente de miedo (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que la persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Los síntomas de esta dimensión se centran en las manifestaciones más disruptivas de la conducta fóbica, varios de los cuales son típicos de la agorafobia.

Ideación paranoide: Representa fundamentalmente las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide: pensamiento proyectivo, suspicacia, grandiosidad, centralidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios.

Psicoticismo: Esta dimensión fue diseñada para representar el constructo en tanto un continuo de la experiencia humana. Por ello incluye un amplio espectro de síntomas

referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control del pensamiento” (27).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Operacionalización de variables del estudio

Se utilizó el cuestionario de evaluación institucional psiquiátrica SCL 90-R para la valoración de las siguientes dimensiones psicopatológicas: somatización, depresión, ansiedad, psicotismo, ideación paranoide, hostilidad, ansiedad fóbica, obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal. Además se utilizó un modelo de cuestionario simple para evaluar los posibles factores asociados, como: edad, alfabetismo, nivel de instrucción, tiempo de estadía en prisión, presencia enfermedad orgánica asociada, presencia de apoyo familiar, delito cometido (gravedad del mismo), consumo de alcohol, consumo de droga o drogas, tipo de droga o drogas que consume, pabellón al que pertenece, nacionalidad, ocupación dentro de la prisión, estado civil y reincidencia en prisión.

3.2 Muestra

La población total del Centro de Rehabilitación Social de varones número 1 de Quito fue de 970 reclusos al momento del estudio, según datos estadísticos proporcionados por la Secretaría del Centro de Rehabilitación Social. El número de reclusos estudiados fue de 161

La muestra fue calculada en base a la fórmula:

$$n_o = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2}$$

Donde:

n_o : Es el tamaño de la muestra.

$Z\alpha$: 1.96.

p: 44% (prevalencia obtenida de la prueba piloto)

Precisión = 7%

Además se realizó la corrección para poblaciones finales:

$$n' = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

La obtención de la muestra en principio se realizó en la escuela y colegio de la prisión, puesto que allí se encuentran reclusos de todos los pabellones (excepto del pabellón A). En ese ámbito se realizó la recolección de la mitad de las encuestas.

Posteriormente se ingresó pabellón por pabellón a realizar las encuestas restantes con una distribución equitativa de acuerdo a la población carcelaria.

3.3 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, para el cual se recolectó la información a través de la herramienta de evaluación institucional psiquiátrica SCL 90-R y mediante

una entrevista personal (anexos 1 y 2). Así, los participantes de este estudio fueron sometidos a dos cuestionarios de corta duración. Fueron comunicados previamente sobre la naturaleza del proyecto, sus fines y su confidencialidad; así, se informó y aseguró el anonimato de cada uno de los participantes del proyecto, obteniendo el consentimiento informado por cada encuesta realizada (anexo 3).

3.4 Plan de análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS V19 (con licencia de la PUCE) para el análisis de datos. Se utilizó el *Odds Ratio* como medida de asociación y la corrección de Yates para establecer la significación estadística. Adicionalmente se realizó una regresión logística.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Características generales

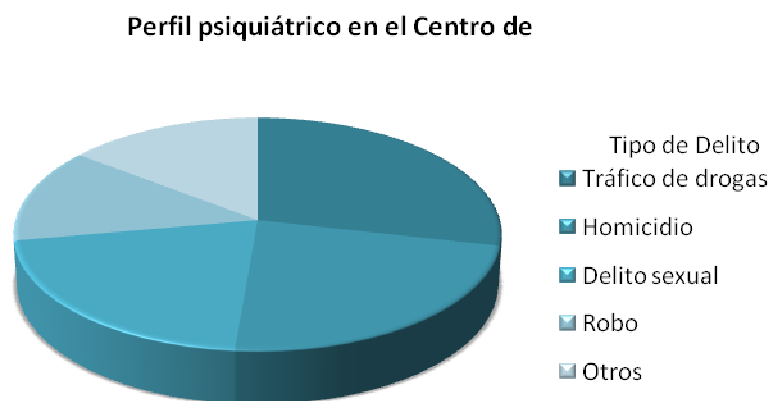
4.1.1 Características demográficas

- *Edad.* El promedio de edad de las personas recluidas fue de 37,6 años de edad, con una mediana de 34,5 años. La desviación típica fue de 11,94. La edad mínima fue de 20 años y la mayor de 72 años. Se categorizaron las edades según las etapas del desarrollo humano de Erik Erikson (de 20 a 40 años como adulto joven, de 40 a 65 años adulto medio y mayores de 65 años como adulto mayor). El 63,9% correspondió a la categoría de adulto joven, 32,9% a la de adulto medio y 3,1% a la de adulto mayor.
- *Alfabetismo.* De los 161 reclusos, 96.3% sabían leer y/o escribir y 3.7% no.
- *Nacionalidad.* El 73,9% de los encuestados fueron ecuatorianos (119 internos), mientras que el 26,1% correspondió a extranjeros (42 internos).
- *Estado Civil.* En relación al actual estado civil, el 40,4% respondió estar en unión libre, el 34,2% soltero, el 21,1% casado y el 3,7% refirió ser viudo.
- *Escolaridad.* No se determinó el haber completado cada ciclo, sino solamente haber pasado por el mismo. Así, el 41,6% ha cursado estudios primarios, el 41% ha cursado la secundaria, el 13,7% ha pasado por la educación superior y el 3,7% no ha pasado por ningún establecimiento educativo (lo que corresponde a los analfabetos previamente mencionados).

4.1.2 Situación actual de las personas privadas de libertad

- *Tiempo en prisión.* El promedio de estadía en prisión es de 36,83 meses (3 años), con una mediana de 26,5 meses (2,2 años). El mínimo de tiempo en prisión fue de 1 mes y el máximo de 132 meses (11 años). La desviación típica fue de 29,9 meses. Se dividió arbitrariamente el tiempo de estadía en prisión en cuatro categorías. Así, el 29,2% ha estado en prisión más de cuatro años, el 28% ha permanecido dos años, el 21,7% de tres a cuatro años y el 20,5% un año o menos.
- *Tipo de delito.* El tráfico de drogas fue el delito por el cual más personas fueron encarceladas, lo cometió el 28% de esta población. El homicidio le siguió con el 22,4%, el delito sexual correspondió al 20,5 %, el robo al 13% y otros delitos al 14,3% (23 personas que cometieron secuestro, tráfico de personas, extorsión, etc.). Ver Gráfico 1.

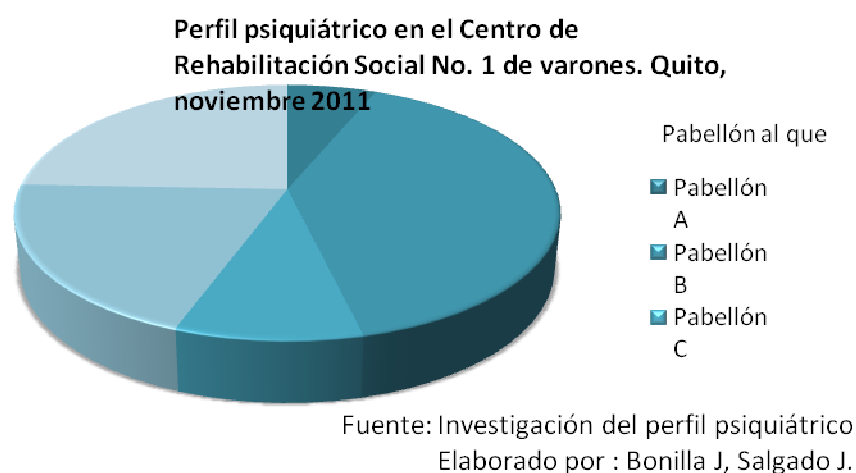
Gráfico 1



Fuente: Investigación del perfil psiquiátrico
Elaborado por : Bonilla J, Salgado J.

- *Trabajo en prisión.* Se realizan actividades como carpintería, cocina, albañilería, pintura, peluquería, ventas ambulantes, enseñanza escolar, administrativas, entre otras. De los 161 internos, 118 tienen algún trabajo dentro de la prisión (73,3%) y 43 no lo tienen (26,7%).
- *Pabellón al que pertenecen.* De los encuestados, al pabellón B (el de mayor cantidad de presos), correspondió el 40%. Al pabellón E (el llamado pabellón *Eloy Alfaro*, de prelibertad), correspondió el 24,4%. Al pabellón D el 20%, al pabellón C el 9,4% y al pabellón A de máxima seguridad el 6,3%. *Ver Gráfico 2.*

Gráfico 2



- *Reincidencia.* El 87,6% que corresponde está por primera vez en prisión. El 12,4% ha reincidido.

4.1.3 Problemas biopsicosociales

- *Enfermedad asociada.* Esta debía ser crónica y tener un diagnóstico definitivo, generalmente hipertensión arterial crónica y diabetes (sin embargo, no se indagaron entidades específicas). El 42,1% de los reclusos presentaron alguna enfermedad orgánica asociada. mientras que el 57,9% no la presentó. *Ver Gráfico 3.*

Gráfico 3



Fuente: Investigación del perfil psiquiátrico
Elaborado por : Bonilla J, Salgado J.

- *Apoyo familiar (de cualquier índole, pero constante).* De los 161 encuestados, el 73,9% presentó apoyo familiar, mientras que el 26,1% no lo hizo.
- *Consumo de alcohol.* El 9,3% admite el consume de alcohol en la actualidad, mientras que el 90,7% lo niega.
- *Consumo de droga.* El 10,6% admite el consumo de algún tipo de droga diferente al alcohol y al cigarrillo, mientras que el 89,4% lo niega.

- *Tipo de droga que consumen.* Del 10, 6% (17 internos) que afirmaron consumir alguna droga en la actualidad, el 88,2% (15 internos de los 17) consumen marihuana. El 11,8% consume otra droga (base de coca y medicamentos).

A continuación se describen las asociaciones más relevantes encontradas:

4.2 Análisis bivariado

4.2.1 Características generales de la población carcelaria y sus asociaciones

¿Influye la edad en el tipo de delito?

Sí. Se encontró que el homicidio es perpetrado por el 40% de adultos mayores, el 25,7% de adultos jóvenes y el 15% de los adultos medios. El delito sexual es perpetrado por el 60% de adultos mayores, el 30% de adultos medios y el 13,8% de los adultos jóvenes. El tráfico de drogas es perpetrado por el 37% de adultos medios y el 25,7% de adultos jóvenes. El robo ha sido perpetrado por el 18,8% de los adultos jóvenes y el 3,7% de los adultos medios. Otros delitos tales como extorsión, secuestro, plagio, etc., han sido perpetrados por el 15,84% de los adultos jóvenes y el 13,2% de los adultos medios. Ninguno de los últimos tres grupos de delitos mencionados fueron perpetrados por adultos mayores. $p < 0.05$

¿Influye el tiempo en prisión en que esté en determinado pabellón?

Sí. Dentro del pabellón A, el 50% lleva 1 año, el 40% más de cuatro años, el 10% de tres a cuatro años, y ninguno lleva dos años. Dentro del pabellón B, el 47,6%

lleva dos años, el 23,8% lleva más de cuatro años, el 15,8% lleva un año y el 12,6% lleva de tres a cuatro años. Dentro del pabellón C, el 40% lleva de tres a cuatro años, el 33,3% lleva un año, el 20% más de cuatro años y el 6,6% dos años. Dentro del pabellón D, el 34,3% está preso un año, el 25% dos años, el 21,8% más de cuatro años y el 18,75% de tres a cuatro años. Dentro del pabellón E, el 43,5% lleva más de cuatro años, el 35,8% de tres a cuatro años, el 15,3% dos años y el 5,1% un año o menos. $p < 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el tiempo que una persona lleva en prisión?

Sí. Se encontró que el 40,4% acusado de homicidio ha permanecido más de cuatro años en prisión, el 23,5% de tres a cuatro años, el 11,4% dos años y el 12,1% un año o menos. De quienes cometieron delito sexual, el 31,9% está más de cuatro años preso, el 5,9% de tres a cuatro años, el 13,6% dos años y el 27,3% un año o menos. En cuanto al tráfico de drogas, solo el 10,6% ha permanecido más de cuatro años en prisión, el 58,8% de tres a cuatro años, el 27,3% dos años y el mismo porcentaje un año o menos. De los que han cometido robo, ninguno está más de cuatro años preso, un 11,8% de tres a cuatro años, el 29,5% dos años y el 12,1% un año o menos. De quienes han perpetrado otro tipo de delito, el 17% ha permanecido más de cuatro años en prisión, ninguno ha estado de tres a cuatro años, el 18,2% dos años y el 21,2% un año o menos. $p < 0.05$

¿Influye la enfermedad asociada en el consumo de droga?

Sí. Se encontró que el 4,4% de quienes padecen alguna enfermedad consumen algún tipo de droga. En contraste con el 15,2% de consumidores que no tienen enfermedad alguna. $p < 0.05$

¿Influye el ser ecuatoriano en el tipo de delito?

Sí. Se encontró la siguiente distribución de delitos en los ecuatorianos: el 29,6% homicidio, el 25,4% delito sexual, el 16,1% tráfico de drogas, el 16,1% robo y el 12,7% otros delitos. Para los extranjeros: el 65,8% tráfico de drogas, el 19,5% otros delitos, el 7,3% delito sexual, el robo 4,8% y el homicidio 2,4%. $p < 0.05$.

¿Influyen los estudios en el tipo de delito?

Sí. Se encontraron las siguientes distribuciones: de los que cursaron la primaria el 31,3% perpetraron tráfico de drogas, el 22,3% cometió delito sexual, el 17,9% homicidio, el 14,9% otros delitos y el 13,4% robo. De quienes cursaron secundaria el 24,6% se correspondió con homicidio, el 21,5% con delito sexual, el 21,5% con tráfico de drogas, el 18,4% con robo y el 13,8% con otros delitos. De los que cursaron estudios superiores el 52,3% fue sentenciado por tráfico de drogas, el 23,8% por homicidio, el 19% por otros delitos, el 4,7% por delitos sexuales y ninguno por robo. Dentro de los analfabetos el 50% perpetró homicidio y el otro 50% delito sexual. $p < 0.05$.

¿Influye la reincidencia en tener trabajo en prisión?

Sí. Entre quienes están por primera vez en prisión el 78% trabaja, en contraste del 40% de trabajo que tienen quienes han reincidido. $p < 0.05$.

¿Influye el alfabetismo en el consumo de droga?

Se encontró que el 9,6% de los alfabetos consume droga, en contraste con el 33,3% de los analfabetos. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en la reincidencia?

Se encontró en el caso de robo un 28,5% de reincidencia, en otros delitos un 17,3% de reincidencia, en tráfico de drogas un 10,8% de reincidencia, en homicidio un 8,3% de reincidencia y en delito sexual un 6%. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el pabellón en el que esté?

Se encontró que en el caso de de homicidio el 37,2% está en el pabellón B, el 25,7% en el pabellón D, el 17,1% en el E, el 14,2% en el A y el 5,7% en el C. En los delitos sexuales el 42,4% está en el pabellón B, el 30,3% en el D, el 15,1% en el E, el 9% en el C y el 3% en el pabellón A. En el tráfico de drogas el 30,4% está en el pabellón B, el 30,4% también está en el E, el 21,7% en el D, el 15,2% en el C y el 2,1% en el A. En cuanto al robo el 52,3% está en el pabellón B, el 28,5% en el E, el 9,5% en el D, el mismo porcentaje en el C y ninguno en el pabellón A. En cuanto a otros delitos el 47,8% se encuentra en el pabellón B, el 34,7% en el E, el 13% en el A, el 4,3% en el D y ninguno en el pabellón C. $p > 0.05$

¿Influye el tiempo en prisión en presentar enfermedad orgánica asociada?

Se encontró que: el 51,1% de quienes están un año presentan enfermedad asociada; eso contrasta con el 40% de quienes están dos años, el 37,1% que están de tres a cuatro años, y el 42,2% que están más de 4 años. $p > 0.05$

¿Influye la presencia de enfermedad asociada en tener o no trabajo?

Se encontró que el 77% de quienes padecen alguna enfermedad asociada tienen algún trabajo en prisión, y que el 70% de quienes no tienen enfermedad alguna trabajan en prisión. $p > 0.05$

¿Influye el apoyo familiar en tener trabajo dentro de la prisión?

Se encontró que el 74,7% de quienes reciben apoyo familiar tienen algún trabajo en prisión, en comparación con el 69% de quienes no lo reciben. Las asociaciones no fueron estadísticamente significativas. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el apoyo familiar?

El 80,5% de los acusados de homicidio, el 78,2% de los acusados de otros delitos, el 76,1% de los acusados de robo, el 75,7% de los acusados de delito sexual y el 65,2% de los acusados de delito sexual reciben apoyo familiar. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el consumo de alcohol?

Se encontró que de los sentenciados por tráfico de drogas el 15% consume alcohol, de los acusados de algún otro tipo de delito el 13% refirió dicho consumo, de los sentenciados por robo el 9,5% lo hace, de los sentenciados por homicidio el 5,5% refirió dicho consumo y de los acusados de delito sexual el 3,1% lo hace. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el consumo de droga?

Se encontró que el consumo de droga según el delito se da de la siguiente manera: 19% de los acusados de robo, 13,8% de los acusados de homicidio, 10,8% de los sentenciados por tráfico de drogas, 9% de los sentenciados por delito sexual y ninguno por otro delito. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en tener trabajo en prisión?

Se encontró que en el caso de otros delitos el 86,9% tiene algún trabajo, en el caso de homicidio el 77,7% trabaja, en delito sexual el 72,2% lo hace, en tráfico de drogas el 69,5% y en robo el 66,6% tiene algún puesto de trabajo dentro de la prisión. $p > 0.05$

¿Influye el estado civil en el tipo de delito?

Se encontró entre los solteros un 31,4% de homicidios, un 24% de tráfico de drogas, un 22,2% de delito sexual, un 12,9% de robo y un 9,2% de otros delitos. Entre los casados hubo un 27,2% de tráfico de drogas, un 24,2% de delitos sexuales, un 21,2% de otros delitos, un 15,1% de homicidios y un 12,1% de robos. En los unidos se

encontró un 35,3% de tráfico de drogas, un 16,9% de homicidio, un 16,9% de delito sexual, un 15,3% de robo y el mismo porcentaje de otros delitos. En los viudos se encontró un 33,3% de homicidio y un 33,3% de delito sexual también, un 16,6% de tráfico de drogas, el mismo porcentaje de otros delitos y ningún robo. $p > 0.05$

¿Influyen los estudios en la reincidencia?

Se encontró que el 22,7% de quienes han cursado algún estudio superior han reincidido, lo han hecho el 15,1% de quienes han cursado la, el 7,4% de los que han cursado primaria y el 0% de los analfabetos. $p > 0.05$

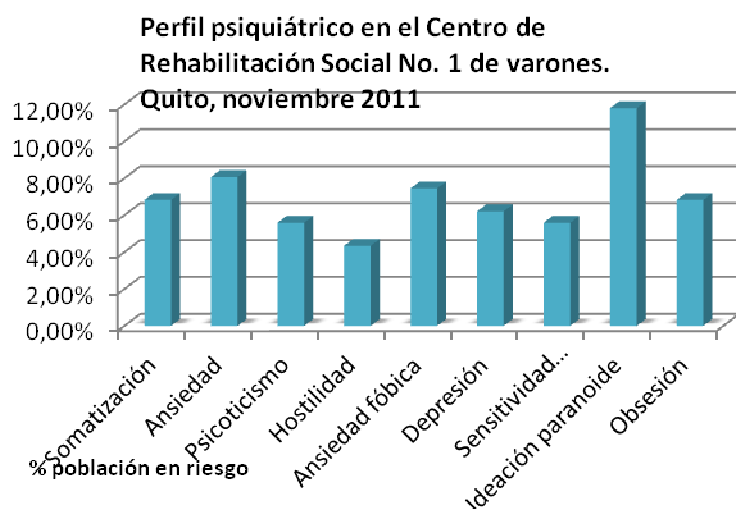
4.3 Perfil psiquiátrico

Se encontró que, de los 161 reclusos encuestados, el 14,9% (24 internos) presentó riesgo para patología psiquiátrica (Ic 95% = 9,4% a 20,4%) mientras que el 6,21% (10 internos) presentó patología psiquiátrica severa (Ic 95% = 0% a 13,61%). 21,1% (34 internos) presentaron alguna alteración (o perturbación) psiquiátrica, ya sea en el dominio de riesgo o de patología severa (Ic 95% = 14,8% a 27,4%).

4.3.1 Riesgo de patología psiquiátrica

La distribución de dimensiones psicopatológicas para el riesgo de patología psiquiátrica se dio del siguiente modo en el total de la población encuestada: para somatización 11 internos (6,83%), para ansiedad 13 internos (8,07%), para psicoticismo 9 internos (5,59%), para hostilidad 7 internos (4,34%), para ansiedad fóbica 12 internos (7,45%), para depresión 10 internos (6,21%), para sensibilidad interpersonal 9 internos (5,59%), para ideación paranoide 19 internos (11,8%) y para obsesión 11 internos (6,83%). Ver Gráfico 4.

Gráfico 4



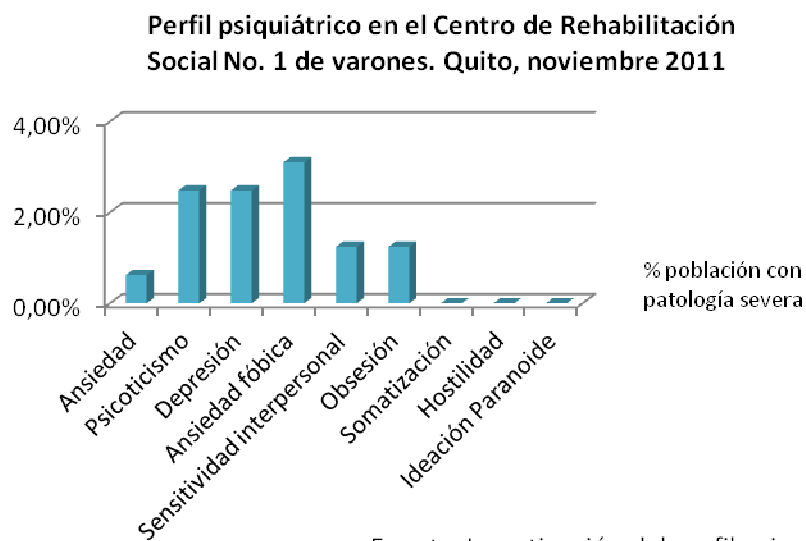
Fuente: Investigación del perfil psiquiátrico
Elaborado por : Bonilla J, Salgado J.

4.3.2 Patología Psiquiátrica Severa

La distribución de dimensiones psicopatológicas para la presencia de patología psiquiátrica severa se dio del siguiente modo en el total de la población encuestada: para ansiedad 1 interno (0,62%), para psicoticismo y depresión 4 internos

respectivamente (2,48% para cada dimensión), para ansiedad fóbica 5 internos (3.1%), para sensibilidad interpersonal y obsesión 2 internos respectivamente (1,24% para cada dimensión). Para somatización, hostilidad e ideación paranoide no se encontró patología severa. *Ver Gráfico 5.*

Gráfico 5



Fuente: Investigación del perfil psiquiátrico
Elaborado por : Bonilla J, Salgado J.

4.3.3 Índices

Respecto al **Índice de Severidad Global**, tomando en cuenta que puntuaciones mayores o iguales a 63 (con los datos que disponemos actualmente en países de habla hispana) determinan alguna alteración psiquiátrica, encontramos que 18 (11,1%) internos presentan un diagnóstico de caso clínico psiquiátrico.

Tomando en cuenta las dos últimas dimensiones globales, encontramos a 15 internos que aparentan minimizar sus alteraciones mentales (9,3%), y a 9 internos

(5,9%) que tienden a exagerar su sintomatología psiquiátrica. Sin embargo al asociar los valores de los síntomas positivos y los valores del Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP), se encontró (según las escalas de Derogatis) lo siguiente: que 2 internos (el 1,24%) presentaron tendencia a mostrarse libres de problemas psicológicos, 7 internos (4,34%) presentaron tendencia al dramatismo y 1 interno (0,62%) tendencia al extremo dramatismo.

4.3.4 Características generales de la población carcelaria y su influencia en la patología psiquiátrica

¿Influye el tener una enfermedad crónica en desarrollar riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el 29,8% de internos que tienen alguna enfermedad presentan riesgo para patología psiquiátrica y que el 15,2% de internos sanos tienen ese riesgo. $p < 0.05$

¿Influye el apoyo familiar en tener riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el 33,3% de los internos que no reciben apoyo familiar tienen riesgo para patología psiquiátrica, en comparación con el 16,8% de riesgo en los que sí tienen apoyo. $p < 0.05$

¿Influye el tener trabajo en prisión en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que quienes no tienen trabajo presentan un 32,5% de riesgo para patología psiquiátrica, en contraste con el 16,9% de riesgo que presentan los que tienen trabajo. $p < 0.05$

¿Influye el riesgo para patología psiquiátrica en tener trabajo en prisión?

Se encontró que entre los internos con riesgo para patología psiquiátrica el 58,8% trabaja, mientras que de los que no están en riesgo el 77,1% tiene algún trabajo dentro de prisión. $p < 0.05$

¿Influye la edad en el riesgo de patología psiquiátrica?

Se encontró que el 40% de los adultos mayores presenta riesgo para desarrollar alguna patología psiquiátrica, ese riesgo lo tiene el 26,4% de adultos medios y el 17,6% de los adultos jóvenes. $p < 0.05$

¿Influye la edad en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 11,3% de los adultos medios presentó patología psiquiátrica severa, lo hizo el 3,9% de los adultos jóvenes y el 0% de los adultos mayores. $p > 0.05$

¿Influye el alfabetismo en desarrollar riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró riesgo de patología psiquiátrica en el 33,3% de analfabetos y en el 20,6% de alfabetos. $p > 0.05$

¿Influye el alfabetismo en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 6,45% de alfabetos presenta patología psiquiátrica, en contraste con el 0% de analfabetos con patología. $p > 0.05$

¿Influye el apoyo familiar en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 6,7% de quienes reciben apoyo familiar tienen patología psiquiátrica, en comparación con el 4,7% de internos sin apoyo que tienen patología. $p > 0.05$

¿Influye el tiempo en prisión en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el riesgo de patología psiquiátrica fue de un 30,3% para quienes están un año o menos en prisión, de un 24,4% para quienes están dos años, de un 17,1% para quienes tienen de tres a cuatro años en prisión y de un 14,8% para quienes se encuentran más de 4 años. $p > 0.05$

¿Influye el tiempo en prisión en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 11,1% de quienes están dos años presentan patología psiquiátrica, esto ocurre con el 9% de los que están un año o menos, con el 4,2% de quienes están más de cuatro años y con el 0% de quienes están de tres a cuatro años. $p > 0.05$

¿Influye tener alguna enfermedad crónica en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 7,4% de internos con alguna enfermedad orgánica asociada presenta patología psiquiátrica severa, en contraste con el 5,4% de los internos sin enfermedad orgánica. $p > 0.05$

¿Influye el consumo de alcohol en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el 21,2% de quienes no consumen alcohol presenta riesgo para patología psiquiátrica, en comparación con el 20% que bebe. $p > 0.05$

¿Influye el consumo de alcohol en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 6,8% de quienes no consumen alcohol presentó patología psiquiátrica, en contraste con el 0% de quienes consumen. $p > 0.05$

¿Influye el riesgo para patología psiquiátrica en el consumo de alcohol?

Se encontró que de los internos con riesgo para patología psiquiátrica el 8,8% consume alcohol, en comparación con el 9,48% de internos sanos que consumen alcohol. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 9,5% de quienes cometieron robo tienen patología psiquiátrica, la tienen el 8,6% de los que perpetraron tráfico de drogas, el 6% se encontró en el delito sexual, el 5,5% en el homicidio y el 0% en otros delitos. $p > 0.05$

¿Influye el consumo de droga en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que entre los consumidores de droga hubo un 17,6% de riesgo para patología psiquiátrica, en comparación con el 21,5% de riesgo entre quienes no consumen. $p > 0.05$

¿Influye el riesgo de patología psiquiátrica en el consumo de droga?

Se encontró que entre quienes presentaron riesgo para patología psiquiátrica el 8,8% consume droga, en comparación con el 11% de internos sin riesgo que consumen droga. $p > 0.05$

¿Influye el riesgo de patología psiquiátrica en el tipo de droga que consume?

Se encontró que de los internos en riesgo para patología psiquiátrica el 91,1% no consume ninguna droga, el 5,8% consume marihuana y el 2,9% otro tipo de droga. De los internos sin riesgo para patología psiquiátrica el 88,9% no consume ninguna droga, el 10,2% marihuana y el 0,7% otro tipo de droga. $p > 0.05$

¿Influye tipo de droga consumida en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que los consumidores de marihuana presentaron un 13,3% de riesgo para patología psiquiátrica, en contraste con el 50% de riesgo entre quienes consumen otras drogas. $p > 0.05$

¿Influye la nacionalidad en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el 26,1% de extranjeros presentaron riesgo para patología psiquiátrica, mientras que entre los ecuatorianos el 19,3% de ellos presentó dicho riesgo. $p > 0.05$

¿Influyen los estudios en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que de los analfabetos el 33,3% está en riesgo para patología psiquiátrica, de los que han cursado la primaria está en riesgo el 25,3%, lo está el 19,6% de quienes han cursado la secundaria y el 9% de quienes han pasado por estudios superiores. $p > 0.05$

¿Influye el ser ecuatoriano en desarrollar patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 6,7% de ecuatorianos presentó patología psiquiátrica, en comparación con el 4,7% de extranjeros con patología. $p > 0.05$

¿Influye el estado civil en presentar patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 9% de solteros presentó patología psiquiátrica, lo hizo el 6,1% de unidos, el 2,9% de casados y el 0% de viudos. $p > 0.05$

¿Influye el pabellón en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

Se encontró la siguiente distribución: 12,5% de patología psiquiátrica en el pabellón D, 7,8% en el pabellón B, 2,5% en el E y 0% tanto en el A como en el C. $p > 0.05$

¿Influyen los estudios en la presentación de patología psiquiátrica severa?

Se encontró patología psiquiátrica en la siguiente distribución: 9% entre quienes han cursado la secundaria y 5,9% entre quienes han cursado la primaria, 0% en estudios superiores y analfabetos. $p > 0.05$

¿Influye la reincidencia en la presentación de patología psiquiátrica severa?

Se encontró que quienes han reincidido presentan un 10% de patología psiquiátrica, en comparación con el 5,6% de patología en los que están por primera vez en prisión. $p > 0.05$

¿Influye el tipo de delito en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que en el caso de robo hubo un 38% de riesgo para patología psiquiátrica, en homicidio hubo un 25% de riesgo para patología psiquiátrica, en el caso de delito sexual un 21,2% de riesgo, en tráfico de drogas el 19,5% y en otros delitos el 4,3% presentó riesgo para patología psiquiátrica. $p > 0.05$

¿Influye el estado civil en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el 33% de viudos presenta riesgo para patología psiquiátrica, el 29% de solteros tiene dicho riesgo, así como el 20% de los unidos y el 8,8% de los casados. $p > 0.05$

¿Influye el pabellón en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que en el pabellón D hay un 37,5% de internos con riesgo para patología psiquiátrica, en el pabellón B encontramos un 28% de internos en riesgo, en el C un 20%, en el E un 10,2% y en el A un 10%. $p > 0.05$

¿Influye la reincidencia en el riesgo para patología psiquiátrica?

Se encontró que el riesgo para patología psiquiátrica es del 35% en quienes han reincidido, en comparación con un riesgo del 19,1% en quienes están por primera vez en prisión. $p > 0.05$

¿Influye el tener trabajo en prisión en presentar patología psiquiátrica severa?

Se encontró que el 4,3% de los que tienen trabajo presentaron patología psiquiátrica, en comparación con el 11,6% de patología en los que no tienen trabajo. $p > 0.05$

¿Influye el consumo de droga en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

No, ningún consumidor de droga presentó patología psiquiátrica severa.

¿Influye el tipo de droga en el desarrollo de patología psiquiátrica severa?

No, ningún consumidor de droga presentó patología psiquiátrica severa.

4.4 Análisis multivariante

Por último, se realizaron modelos de regresiones logísticas para determinar qué factores son los determinantes para las alteraciones psiquiátricas en general, y cuáles por cada dimensión psicopatológica analizada. Para determinar el modelo adecuado, se excluyó a través de modelos regresivos, las variables que no representaron una asociación importante y por tanto eran incompatibles con cada modelo, sin embargo se

incorporaron al modelo variables que suponían relevancia tras resultados previos de asociación directa.

Los resultados de la regresión logística cuando se estudiaron las alteraciones psiquiátricas se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1

Perfil Psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación Social No1 de varones. Quito, noviembre 2011

Regresión Logística Binaria para Riesgo de Patología Psiquiátrica y Alteración Psiquiátrica

Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1ª	Alfabetismo	-,419	,954	,193	1	,661	,658	,101	4,269
	Enfermedad Asociada	,964	,416	5,362	1	,021	2,621	1,159	5,925
	Apoyo Familiar	-,835	,432	3,734	1	,053	,434	,186	1,012
	Consumo de Alcohol	-,365	,715	,260	1	,610	,694	,171	2,821
	TrabajaEnPrisión	-,963	,435	4,910	1	,027	,382	,163	,895
	Constante	-,100	,981	,010	1	,919	,905		

Las variables que explican la alteración psiquiátrica son: alfabetismo, enfermedad asociada, apoyo familiar, consumo de alcohol y trabajo en prisión.

Fuente: Investigación del perfil psiquiátrico
Elaborado por: Bonilla J, Salgado J

De este modo, son factores protectores para perturbaciones psicológicas y para evitar el riesgo de patología psiquiátrica los siguientes: saber leer y/o escribir, tener apoyo familiar, consumir alcohol y tener trabajo en prisión. Por otro lado, el tener una

enfermedad orgánica asociada constituye un factor de riesgo para desarrollar perturbaciones psicológicas o riesgo para patología psiquiátrica.

Para patología psiquiátrica severa no se encontró un modelo de regresión adecuado.

Dentro de las dimensiones psicopatológicas específicas, catalogamos la regresión logística en base de la alteración psiquiátrica (sea este riesgo o sea patología psiquiátrica severa), sin embargo, no fue posible obtener modelos satisfactorios ni útiles.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Para conocer la situación psiquiátrica de la población carcelaria, es preciso primero conocer a la misma. Dentro de las características demográficas encontramos que la mayoría de internos tiene una edad entre los 20 y los 35 años, es decir, corresponden a adultos jóvenes (aunque el promedio real fue de 37 años y medio). Hay más ecuatorianos que extranjeros, así como hay más gente unida y soltera que casada o viuda. La gran mayoría sabe leer y escribir y ha cursado la primaria y/o la secundaria.

Respecto a la situación actual de las personas privadas de libertad, el promedio de permanencia fue de 3 años, y aunque la distribución de tiempo fue similar, la mayoría ha permanecido en el lugar más de dos años.

Los delitos más comunes encontrados fueron el tráfico de drogas, el homicidio y el delito sexual, en ese orden.

La mayoría de los presos ha conseguido un trabajo durante su encierro y lo mantiene, y la mayoría de ellos está por primera vez en prisión.

La distribución por pabellones de los encuestados se corresponde con la realidad: casi la mitad de la población carcelaria se encontró en el pabellón B, una

densidad poblacional similar se encontró sumando el pabellón E con el D, y una minoría en el pabellón C y A.

Por último, respecto a los problemas biopsicosociales, llama la atención la prevalencia de un poco menos de la mitad de los internos, de alguna enfermedad médica asociada, tanto como el bajo consumo de alcohol y droga referido (1 de cada 10 internos por cada sustancia mencionada).

Dentro del consumo de droga, la más consumida fue la marihuana (15 de 17 internos), con un paciente consumidor de base de cocaína y otro adicto a medicamentos.

Un hallazgo positivo fue el de encontrar apoyo familiar en la mayoría de los internos (casi tres cuartos de la población encuestada).

De este modo, la mayoría de personas privadas de libertad corresponden al siguiente perfil: generalmente un adulto joven, ecuatoriano, en unión libre o soltero, y que sabe leer y/o escribir (habiendo cursado la secundaria o al menos la primaria). Ha permanecido más de dos años en prisión, ha conseguido y mantiene un trabajo dentro de ella, y ha sido acusado por perpetrar tráfico de drogas, homicidio o delito sexual. Es la primera vez que ha sido encarcelado y si no se encuentra en el pabellón B, seguramente estará en el E o en el D. Es posible que tenga una enfermedad crónica asociada, tiene constante apoyo familiar, y es poco probable que consuma alcohol o algún tipo de droga (que en el caso de consumirla, seguramente sería la marihuana).

Respecto al perfil psiquiátrico (tema angular de este estudio) se encontró riesgo para patología psiquiátrica en el 14,9% de los presos, patología psiquiátrica severa en el 6,2% y cualquier perturbación psicológica en el 21,1%. Esta última categoría es simplemente la suma de las dos categorías precedentes. Está claro que estos datos deben extrapolarse a la población psiquiátrica en general para analizarlos de manera correcta: encontramos que entre la población carcelaria hay una prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica de entre un 9,4% hasta un 20,4%; una prevalencia para patología psiquiátrica severa de entre 0% a un 13,6% y una prevalencia de alteración psiquiátrica de entre un 14,8% y un 27,4%.

En comparación con el estudio realizado en la Cárcel de Mujeres de Quito el riesgo para patología psiquiátrica en hombres fue 3 veces menor. Sin embargo, no ha sido posible hacer una comparación a nivel mundial pues los reactivos han sido diferentes, evaluando otras dimensiones como trastornos de personalidad y adicciones. Los estudios que han usado el mismo reactivo (SCL90-R), se han enfocado en grupos específicos dentro de la población carcelaria (sobretudo agresores sexuales), lo que ha evitado una comparación adecuada.

Las patologías psiquiátricas que los internos están más propensos a desarrollar son principalmente las de ideación paranoide, ansiedad y ansiedad fóbica. El resto de patologías se encuentran en un rango inferior, siendo las menos prevalentes para riesgo las de sensibilidad interpersonal y hostilidad. Por otro lado, las patologías psiquiátricas que se presentaron con severidad más prevalentes fueron la ansiedad fóbica en primer lugar, la depresión y el psicoticismo (en igual proporción); con menor prevalencia se

encontró severidad en la obsesión-compulsión, en la sensibilidad interpersonal y en la ansiedad. No se encontró patología psiquiátrica severa en las dimensiones de somatización, hostilidad e ideación paranoide.

En comparación con el estudio realizado en la Cárcel de Mujeres de Quito, la somatización y la depresión fueron las dos patologías con más riesgo a desarrollar, coincidiendo en tercer lugar la ansiedad fóbica como en este estudio.

A nivel mundial, no se ha podido realizar una comparación adecuada por la misma razón mencionada previamente.

Estos resultados arrojan algunas interrogantes. En el caso de ideación paranoide es posible que la cuestión del encierro eleve la puntuación en esta categoría, pues no se encontró un solo caso de la misma pero sí un alto porcentaje de riesgo para desarrollar esta dimensión psicopatológica. Otro caso similar es el de somatización (si bien el 6,8% presentó riesgo para desarrollar esta patología, ninguno presentó patología severa), y el de hostilidad (el 4,3% presentó riesgo mientras que no se encontró patología severa).

Esto lleva a la misma cuestión, pero no es posible a través de estos resultados determinar si el encierro conlleva a actitudes consideradas como perturbaciones psicológicas. Por último, cabe destacar el hecho de que la ansiedad fóbica en su forma severa sea la patología más prevalente (entendiendo a esta como una conducta de

evasión), pues esto constituye una contradicción a la última conjetura (si tomamos en cuenta una distorsión de las respuestas por situaciones específicas).

Ahora, tomando en cuenta cualquier perturbación psicológica en cualquier rango de gravedad, encontramos que la ideación paranoide es la más prevalente (11,3%) junto a la ansiedad fóbica (10%); seguidas de la depresión (8,8%), la ansiedad (8,7%) y la obsesión (8,1%); por la somatización, el psicoticismo y la sensibilidad interpersonal (6,8% cada una); y por último por la hostilidad (4,3%). Encontramos en definitiva, mayor prevalencia de alteraciones del pensamiento y del humor.

En comparación con el estudio realizado por Bejarano en la cárcel de mujeres (23), hay diferencias sustanciales: los valores de riesgo para patología psiquiátrica triplican a los obtenidos en nuestro estudio; en cuanto a las dimensiones específicas, estos valores son mayores (se duplican o triplican) a los obtenidos por nosotros; por último, el estudio en mujeres encontró a la somatización como la perturbación psiquiátrica más frecuente (el nuestro encontró primero a la ideación paranoide), pero ambos estudios (aunque con porcentajes diferentes como mencionamos) encontraron lo mismo en cuanto a las siguientes dos dimensiones psicopatológicas más prevalentes (ansiedad fóbica y depresión).

Respecto al Índice de Severidad Global encontramos que un 11,1% de internos presenta un diagnóstico de caso clínico psiquiátrico. Por otro lado, encontramos también que un 15,2% tendió a exagerar o a minimizar sus síntomas (en mayor proporción los de este último tema).

Se ha dedicado este espacio a realizar también un análisis más profundo de las características generales de la población carcelaria (especialmente a definir el perfil del preso según el delito cometido). En primer lugar encontramos que quienes menos tiempo están en prisión se encuentran en los pabellones A (de máxima seguridad), C y D; mientras que en el B (el de mayor densidad poblacional) y en el E (pabellón de prelibertad) contiene a quienes están más tiempo en prisión. Luego, nos interesa mucho la situación del enfermo crónico, el cual –respecto a su par no enfermo– presenta menor consumo de droga, mayor trabajo y llamativamente menor tiempo en prisión (estos dos últimos datos no fueron estadísticamente significativos). Por otro lado, cabe destacar que quienes tienen trabajo, en comparación con quienes no trabajan, presentan una menor tasa de reincidencia y un mayor apoyo familiar (este último dato no fue estadísticamente significativo).

Cabe recordar que, aunque la mayoría de veces se cumple, no siempre la reincidencia corresponde al mismo delito. Encontramos dos datos aislados, y aunque estadísticamente no significativos, importantes: que 3 de cada 10 analfabetos consumen droga, en contraste con 1 de cada 10 alfabetos que lo hace; y que, la reincidencia es mayor mientras más estudios los internos han cursado y viceversa.

Ahora, analicemos los perfiles por delito cometido.

Quien ha cometido homicidio es probablemente o un adulto mayor o un adulto joven, ha permanecido más de 4 años en prisión, es ecuatoriano, y ha cursado la secundaria o es analfabeto. Aunque no fue concluyente (estadísticamente

significativo), también: sería soltero o viudo, es muy probable que tenga trabajo, sería raro que consumiera droga, muy poco probable que consuma alcohol, tendrá seguramente –como la mayoría- apoyo familiar, estará en el pabellón A o C, y sería su primera vez en prisión.

Quien ha perpetrado tráfico de drogas es un adulto medio (menos probable uno joven o mayor), ha permanecido en prisión entre dos y cuatro años, es extranjero, y ha cursado seguramente estudios superiores (menos probable solo la primaria o secundaria). Aunque no fue concluyente (estadísticamente significativo), también: puede pertenecer a cualquier estado civil, es probable que no tenga trabajo, es muy poco probable que consuma drogas aunque no sería raro que consuma alcohol, tiene un importante apoyo familiar, está en el pabellón C o E, y sería su primera vez en prisión.

Quien ha cometido robo es un adulto joven, de los presos es el que menos ha permanecido en prisión (un año o menos), es ecuatoriano, y ha cursado o la secundaria o la primaria. Aunque no fue concluyente (estadísticamente significativo), también: está unido, es de todos los presos el que menos trabajo tiene, no sería raro su consumo de droga (aunque si el de alcohol), presenta un sólido apoyo familiar, pertenece al pabellón B o E, y es más probable (respecto a cualquier otro delito) que no sea su primera vez en prisión.

Quien ha cometido delito sexual es un adulto mayor o medio, ha permanecido en prisión más de cuatro años, es ecuatoriano, es analfabeto (sino tal vez haya cursado la primaria), y seguramente es viudo. Aunque no es concluyente (estadísticamente

significativo), también: es muy poco probable el consumo de cualquier sustancia nociva, es probable que no tenga trabajo, es el preso que menos apoyo familiar presenta, está en el pabellón D o quizá en el E, y sería su primera vez en prisión.

Quien ha cometido otro delito (estafa, trata de personas, extorción); es un adulto medio o un adulto joven, podría estar en prisión desde meses hasta más de cuatro años, es extranjero, y sus estudios son superiores. Aunque no de manera concluyente (asociaciones estadísticamente significativas), también: podría pertenecer a cualquier estado civil, es probable que tenga trabajo, no consume droga (difícilmente alcohol), tiene un apoyo familiar importante, está en el pabellón B o en el A, y tiene una alta tasa de reincidencia.

Bien, otro aspecto que analizamos fue la relación de las características (internas, demográficas y biopsicosociales) de los presos, con el desarrollo de riesgo para patología psiquiátrica o la presentación de patología psiquiátrica severa. En la siguiente tabla aclaramos y resumimos las conclusiones más relevantes.

Tabla 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, INTRÍNSECAS Y BIOPSIICOSOCIALES EN

RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA
Quienes tienen alguna enfermedad orgánica presentaron una mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica (1)
Quienes tienen alguna enfermedad orgánica presentaron mayor prevalencia de patología psiquiátrica severa
Quienes tienen apoyo familiar presentaron menor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica (1)
Quienes tienen apoyo familiar presentaron mayor prevalencia para patología psiquiátrica severa
Quienes tienen trabajo presentaron menor prevalencia en riesgo para patología psiquiátrica (1)
Quienes tienen trabajo presentaron menor prevalencia de patología psiquiátrica severa
Se evidenció que a mayor edad, mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica; aunque la prevalencia de patología psiquiátrica severa fue mayor en los adultos medios.
Los analfabetos tienen mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica, mientras que los alfabetos presentaron una mayor prevalencia de patología psiquiátrica severa.
Quienes consumen alcohol presentaron mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica, pero menor prevalencia para severidad
Quienes cometieron robo u homicidio presentaron mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica
Quienes cometieron robo o tráfico de drogas presentaron mayor prevalencia de patología psiquiátrica severa
Quienes consumen droga presentaron menor prevalencia de riesgo que los no consumidores; ningún consumidor presentó patología psiquiátrica severa
Los extranjeros presentaron mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica; los ecuatorianos mayor prevalencia par patología psiquiátrica severa

A menor nivel de estudios formales, se encontró mayor prevalencia para riesgo de patología psiquiátrica
Solo quienes han cursado la primaria o la secundaria presentaron patología psiquiátrica severa
Los viudos y los solteros presentaron mayor prevalencia de riesgo; mientras los solteros y los unidos presentaron mayor prevalencia para severidad
Quienes pertenecen a los pabellones D y B presentaron mayor prevalencia para riesgo y severidad que el resto de pabellones
Quienes han reincidido presentaron mayor prevalencia en cuanto a riesgo para patología psiquiátrica y en cuanto a patología psiquiátrica severa
(1) <i>asociaciones estadísticamente significativas</i>

Fuente: Investigación del perfil psiquiátrico
Elaborado por: Bonilla J, Salgado J

Así, el perfil del preso con riesgo para patología psiquiátrica cumpliría general aunque no exclusivamente con lo siguiente: no tiene apoyo familiar, no tiene trabajo en la prisión, tiene una enfermedad orgánica crónica, es un adulto mayor o medio, podría ser analfabeto, tiene poco tiempo en prisión (menos de dos años), puede o no consumir alcohol, no consume droga, es extranjero, tiene un nivel bajo de educación formal, ha cometido robo u homicidio, pertenece al pabellón D o B, es viudo o soltero, y no es la primera vez que está preso.

Por otro lado, respecto al preso con patología psiquiátrica severa: es un adulto medio o joven, es alfabeto, tiene apoyo familiar, está poco tiempo en prisión (menos de dos años), tiene alguna enfermedad orgánica crónica, se abstiene del consumo de alcohol, no consume droga, ha cometido robo o tráfico de drogas, es ecuatoriano, está soltero o unido, pertenece al pabellón D o B, ha cursado por la primaria o por la secundaria, no tiene trabajo, y no es su primera vez preso.

Antes de pasar al último análisis, cabe mencionar que al realizar el estudio, también nos preguntamos sobre la influencia de las alteraciones psiquiátricas en las características generales de los presos (es decir, nos preguntamos si las consecuencias estudiadas podrían afectar a las causas propuestas en el estudio). Encontramos principalmente que, quienes están en riesgo para patología psiquiátrica tienen menos trabajo que quienes no están en riesgo (fue una asociación estadísticamente significativa).

Otros hallazgos menos relevantes –estadísticamente no significativos- fueron: una ligera diferencia de mayor consumo de alcohol entre los internos psicológicamente sanos (sin riesgo ni severidad); un mayor consumo de droga entre quienes no presentan riesgo para patología psiquiátrica; y una ligera diferencia de mayor consumo de marihuana en los internos sin riesgo para patología psiquiátrica, pero un mayor consumo de otro tipo de drogas en los internos con riesgo.

Para finalizar, diseñamos diferentes modelos de regresión logística para establecer los factores más determinantes en la patología psiquiátrica en general, y en tal o cual dimensión psicopatológica.

De este modo, se encontró que para cualquier alteración psiquiátrica (sea riesgo o patología severa), tener una enfermedad crónica asociada duplica el riesgo de la aparición de alteración psiquiátrica, mientras que el tener trabajo en prisión es un factor protector para la alteración psiquiátrica. Estas asociaciones fueron estadísticamente

significativas. En cuanto al riesgo para patología psiquiátrica se encontró que tener una enfermedad crónica asociada duplica el riesgo de la aparición de dicho riesgo, mientras que el tener trabajo en prisión es un factor protector para el riesgo de patología psiquiátrica. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas. Cuando se analizó la patología psiquiátrica severa, no se encontró ningún modelo de regresión adecuado. Por otro lado, tampoco fue posible diseñar modelos de regresión logística satisfactorios para cada dimensión psicopatológica.

CONCLUSIONES

- La prevalencia para cualquier perturbación psicológica en los presos es del 21,1%, para riesgo de patología psiquiátrica del 14,9%, y para patología psiquiátrica severa del 6,2%.
- Las patologías psiquiátricas que los internos están más propensos a desarrollar son principalmente las de ideación paranoide, ansiedad y ansiedad fóbica.
- Las patologías psiquiátricas que se presentaron con severidad más prevalentes fueron la ansiedad fóbica, la depresión y el psicoticismo.
- No se encontró patología psiquiátrica severa en las dimensiones de somatización, hostilidad e ideación paranoide.
- Para cualquier perturbación psicológica (sea riesgo o patología severa), la ideación paranoide es la más prevalente, junto a la ansiedad fóbica.
- Encontramos en definitiva, mayor prevalencia de trastornos del pensamiento y de trastornos psiquiátricos del humor.

- El 11,1% de internos presenta un diagnóstico de caso clínico psiquiátrico.
- El 15,2% tendieron a exagerar o a minimizar sus síntomas (en mayor proporción los de este último tema).
- El tener una enfermedad crónica asociada duplica el riesgo de aparición de alteración psiquiátrica o riesgo para patología psiquiátrica, mientras que el tener trabajo en prisión es un factor protector para la alteración psiquiátrica y para riesgo para patología psiquiátrica.

RECOMENDACIONES

En virtud de los hallazgos del presente estudio, nos permitimos realizar las siguientes recomendaciones.

Para el Centro de Rehabilitación Social y la Dirección Nacional de Rehabilitación

Social:

- La creación de una área específica de prevención, diagnóstico y atención de salud mental.
- La atención de dicha área por personal adecuado e independiente de las autoridades penitenciarias.
- La focalización de atención en ciertos aspectos de la población carcelaria para disminuir la prevalencia de alteraciones psiquiátricas (apoyo familiar, enfermedades crónicas, trabajo dentro de la prisión, etc.)
- La estandarización como prueba de tamizaje psiquiátrico de la encuesta SCL90-R para cada paciente del servicio médico penitenciario, al menos hasta disponer de nuevos estudios comparativos con otros reactivos.
- La aplicación de un estudio similar a nivel nacional en cooperación con las facultades médicas de todo el país.

Para médicos e investigadores:

- La estandarización como prueba de tamizaje psiquiátrico de la encuesta SCL90-R para toda institución pública de atención social y médica, al menos hasta disponer de nuevos estudios comparativos con otros reactivos.
- La aplicación de este test para otras investigaciones con objetivos similares en instituciones de atención social y médica.

- La investigación –a través de este test- del perfil psiquiátrico en la atención personalizada de todo paciente al cual se lo vea frecuentemente en la práctica médica general y especializada.

Para la Universidad Católica y el Senescyt:

- La difusión local de la investigación y la búsqueda de nuevas aplicaciones y correcciones al proyecto.
- El fomento de nuevas investigaciones similares de alcance nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sáez J. Internamiento Psiquiátrico. En Reyes R, *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009.

- (2) Kropotkin P. Las prisiones [Ensayo]. Publicado en 1887. Hallado en: www.ctg.es/biblioteca.html
- (3) Huertas R. Foucault, Treinta Años Después. 'El Poder Psiquiátrico'. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2006, vol. LVIII, nº 2, julio-diciembre, págs. 267-276, ISSN: 0210-4466. Hallado en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=foucault%20treinta%20a%C3%B1os%20depsu%C3%A9s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fasclepio.revistas.csic.es%2Findex.php%2Fasclepio%2Farticle%2Fdownload%2F17%2F17&ei=IaYmT-7xBMTVtgfCl-2tAw&usg=AFQjCNHEmGqogVOBHUbUEimyLEUiSaDv8w&cad=rja>
- (4) Pérez E. ¿Psiquiatría Penitenciaria? Rev Esp Sanid Penit 2004; 6: 97-101
- (5) Cobo R. La Imputabilidad y la Inimputabilidad del Delincuente. Revista Judicial. Mayo-Julio 2008. Hallado en: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&view=article&id=4441:la-imputabilidad-y-la-inimputabilidad-del-delincuente-&catid=50:derecho-penal&Itemid=420
- (6) HERMAJESTY'S INSPECTORATE OF PRISONS (1997) Young Prisoners: A Thematic Review by HMChief Inspector of Prisons for England and Wales. London: Home Office.
- (7) HERMAJESTY'S INSPECTORATE OF PRISONS (2000) Unjust Deserts: A Thematic Review by HMChief Inspector of Prisons of the Treatment and Conditions for Unsented Prisoners in England and Wales. London: Home Office.

- (8) SINGLETON, N., MELTZER, H. & GATWARD, R. (1998) Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales. London: Office for National Statistics.
- (9) Birmingham L. Mental Disorders and Prisons –Editorial. Psychiatric Bulletin (2004), 28, 393^397
- (10) Estadística Poblacional de personas Privadas de la Libertad por centro desde el 2006 al 2011. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.
- (11) Walmsley R. World Prison Population List. Kings College of London – International Centre for Prison Studies. Eight Edition, 2008. Hallado en: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/publications.php?id=8>
- (12) Datos obtenidos directamente en el mes de octubre del 2011 a través de la Secretaría del Centro de Rehabilitación Social N°1 de varones de Quito.
- (13) Re funcionalización Ex Penal García Moreno en Quito Ecuador. Memoria Gráfica de Proyecto de Tesis. Quito, Julio 2010. Hallado en: <http://openbuildings.com/buildings/refuncionalizacin-ex-penal-garca-moreno-en-quito-ecuador-profile-5123#>
- (14) Datos obtenidos directamente en el mes de octubre del 2011 a través del Departamento Médico del Centro de Rehabilitación Social N°1 de varones de Quito.
- (15) Carrión F. La recurrente crisis carcelaria en el Ecuador. Editorial. Boletín Ciudad Segura 1. Cárceles en Ecuador 2006: 1. Programa Estudios de la Ciudad. FLACSO, Ecuador. Enero 2006. Hallado en: http://works.bepress.com/fernando_carrion/257/
- (16) Comité de Internos CRSV-Q1. Realidad al margen. Revista. Año 2- #2.

- (17) World Health Organization & World Psychiatric Association bulletin. Atlas: Psychiatric Education and Training across the World. WHO publication. Génova, Suiza. 2005. Hallado en: www.who.int
- (18) Makin K. Mentally ill offenders swamping prisons [artículo]. From Thursday's Globe and Mail. Nov. 17, 2010. Hallado en: <http://www.theglobeandmail.com/news/national/ontario/mentally-ill-offenders-swamping-prisons/article1803550/>
- (19) Lightfoot J. Preserving mental-health care for prisoners: A life-and-death budget issue. Hallado en: <http://crosscut.com/2010/11/19/law-justice/20348/Preserving-mental-health-care-for-prisoners:-A-life-and-death-budget-issue/>
- (20) Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet. 2002; 359: 545-550.
- (21) Flórez JA. Pacientes Psiquiátricos en las prisiones. Perspectiva. World Psychiatry. 2009; 8: 187-189.
- (22) Hodgins S. The criminality of mentally disordered persons. In: Hodgins S (ed). Mental disorder and crime. Newbury Park: Sage, 1993:3- 2.
- (23) Bejarano JA. Perfil Psiquiátrico y Factores Asociados en la Cárcel de Mujeres de Quito en Octubre del 2003 [tesis de pregrado]. PUCE. Quito, 2004.
- (24) Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine 1977
- (25) Caparroz B, Villar E, Ferrer J, Viñas F. Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. International Journal Of Clinical And Health Psychology. 2007 Sep.

Universidad de Jirona. Hallado en:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/33740/>

- (26) Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I, Corral P. Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 9. N° 2. Hallado en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-306.pdf
- (27) Casullo, M. (2004). SCL-90-R de L. Derogatis Adaptación UBA. CONICET.
- (28) Woodworth, R. S. (1918). *The personal data sheet*. Chicago: Stoelting.
- (29) Wider, A. (1948). *The Cornell Medical Index*. San Antonio: Psychological Corp.
- (30) Parloff, M. B., Kelman, H. C. & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111 (5), 343-352.
- (31) Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- (32) McNair, D. (1974). Self-evaluations of anti depressants. *Psychopharmacology*, 37,281-302.
- (33) Carrasco Ortiz, M., Sánchez Moral, V., Ciccotelli, H., y del Barrio, V. (2003). Listado de Síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*, 2(2), 149-161.
- (34) Holli, M. (2003). Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Academic Dissertation. University of Helsinki, Medical Faculty, Department of

Psychiatry, Finland, 28 de marzo.

- (35) De las Cuevas, C., Gonzáles de Rivera, J., Henry Benítez, M., Monterrey, A., Rodríguez-Pulido, F., y Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7(3), 93-96.
- (36) Pincus, H., Rush, A., First, M., y McQueen, L. (2000). *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association.
- (37) Derogatis, L., y Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study of construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- (38) Gemppe Fuentealba, R., y Avendaño Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- (39) Arrindell, W., Barelds, D., Janssen, I., Buwalda, F., y van der Ende, J. (2006). Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with peri partum pelvic pain (PPPP) syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 377–391.
- (40) Bonicatto S., Dew M., Soria J., y Seghezzi M. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 332-338.
- (41) Caparrós Caparrós, B., Villar Hoz, E., Ferrer, J. J., y Viñas Poch, F. (2007). Symptom CheckList-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- (42) Cruz Fuentes, C., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L., y

- Chavez Baldera, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la SCL-90 en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 28(1), 72-81.
- (43) Lara Muñoz, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M., y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 28(3), 42-50.
- (44) Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G., Reister, G., y Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-93.
- (45) Cyr, J., McKenna-Folley, L., y Peeacock, E. (1985). Factor structure of SCL-90R: Is there one. *Journal of Personality Assessment*, 49, 571-578.
- (46) Vassend, O., y Skrandal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 685-701.
- (47) Derogatis, L., y Savitz, K. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah, Lawrence Erlbaum.
- (48) Casullo, M., y Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL- 90. En *Anuario de Investigaciones VII* (pp. 147-157), Facultad de Psicología, Universidad B.A.
- (49) Casullo, M., y Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psyche*, 10 (1), 155-162.
- (50) Casullo, M., Cruz, M., González, R.; y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2), 131-151.

- (51) Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.

Referencias adicionales

- Bazelon Center for Mental Law and Health. Individuals with Mental Illnesses in Prisons and Jails. Hallado en: www.bazelon.org/LinkClick.aspx?fileticket=zvzRLXFf3cU%3D&tabid=246
- Birmingham L. Mental disorders and prisons [Editorial]. *Psychiatric Bulletin*. 2004; 28: 393-397.
- Buitrón, R. (2006). Bioestadística, teoría y aplicaciones en Medicina. Instituto de salud pública. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Mednick SA, Pollock V, Volavka J et al. Biology and violence. In: Wolfgang ME, Weiner NA (eds). *Criminal violence*. Newbury Park: Sage 1982:21-80.
- Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Commun Psychiatry*. 1990;41:761-70.
- Nestor PG. Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population. *J Nerv Ment Dis* 1992;4:418-23.
- Moore MH, Estrich SR, McGillis S et al. *Dangerous offenders- the elusive target of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
- Menzies RJ. *Survival of the sanest - order and disorder in a pretrial psychiatric clinic*. Toronto: University of Toronto Press: 1989.

- Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS et al. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. Soc Psychiatry Epidemiol 1998;33:95-101.
- Human Rights Watch Publication. Ill - Equipped: U.S. Prisons and Offenders with Mental Illness. 2003. Hallado en: www.hrw.org/en/reports/2003/10/21/ill-equipped
- Gibbons JJ, Katzebach NB. Confronting Confinement. A Report of The Commission on Safety and Abuse in America's Prisons. 2006. Hallado en: www.veradc.org/pdfs/Confronting_Confinement.pdf
- El Universo. El Fantasmal Penal “García Moreno”. Publicado el 16 de Abril de 1993. Hallado en: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/el-fantasmal-penal-garcia-moreno-42702-42702.html>

APÉNDICE

Apéndice 1. Cuestionario SCL 90 R modificado para el español.

SCL-90-R

*A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso su respuesta, marcando la letra que mejor describa **HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY**. No olvide que debe contestar todas las cuestiones planteadas.*

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR:?					
Utilice los siguientes criterios:					
A: nada	B: un poco	C: moderadamente	D: bastante	E: mucho	
A	B	C	D	E	
1. Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nerviosismo o agitación interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se le van de su mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sensaciones de desmayo o mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pérdida del deseo o del placer sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El hecho de juzgar a otras personas crítica o negativamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dificultad para recordar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sentirse bajo de energías o decaído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Pensamientos o ideas de acabar con su vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Oír voces que otras personas no oyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Temblores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Falta de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Llorar fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Timidez o incomodidad con el sexo opuesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tener miedo de repente y sin razón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Miedo a salir de casa solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Culparse a sí mismo de lo que pasa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Dolores en la parte baja de la espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Sentirse incapaz de lograr cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Sentirse solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Sentirse triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Preocuparse demasiado por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. No sentir interés por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Sentirse temeroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SCL-90-R

39. Que el corazón le palpita o le vaya muy deprisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Náuseas o malestar en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Sentirse inferior a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Dolores musculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Dificultad para conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Encontrar difícil el tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Sentir calor o frío de repente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le dan miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Que se le quede la mente en blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Sentir un nudo en la garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Tener dificultad para concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Sentirse tenso o agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Pesadez en los brazos o las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. El comer demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Tener pensamientos que no son suyos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Despertarse de madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Sueño inquieto o desvelarse fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Tener fuertes deseos de romper algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Sentirse muy colibido entre otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p.ej. en el cine, en las tiendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Ataques de terror o pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Tener discusiones frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Sentirse solo aunque esté con más gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. La sensación de ser inútil o de no valer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Pensamientos de que va a pasar algo malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Tener deseos de gritar o de tirar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Tener miedo de desmayarse en público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras que le dan miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. La idea de que algo anda mal en su cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Sentimientos de culpabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. La idea de que algo anda mal en su mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice 2. Entrevista personal

Cuestionario anexo. Por favor, lea con atención cada pregunta y llene el espacio en blanco (rectángulo) o seleccione con un círculo la respuesta según corresponda.

1. **Edad**
2. **¿Sabe leer o escribir?** Si/No
3. **¿Cuánto tiempo se encuentra en prisión?**
4. **¿Tiene usted alguna enfermedad?** Si/No
5. **¿Considera tener apoyo familiar en estos momentos?** Si/No
6. **¿Consume alcohol?** Si/No
7. **¿Qué delito o delitos cometió para estar en prisión?**
8. **¿Consume alguna droga (s)?** Si/No
9. **Tipo (s) de droga (s)** Marihuana/ Cocaína/ Heroína/ Base/ Otra.
10. **¿Nació en Ecuador?** Si/No
11. **Estado civil** Soltero/ Casado/ Unión libre/ Viudo
12. **Tiene algún trabajo dentro de la prisión** Si/No
13. **¿A qué pabellón pertenece?**
14. **Estudios** Primaria/ Secundaria/ Superior/ Ninguna
15. **¿Es la primera vez que está preso?** Si/ No

Apéndice 3. Consentimiento informado.

Yo, _____

Con C: _____,

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada ²

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con los Investigadores y el Médico a cargo del estudio

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados ni mi integridad.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado y para que sea utilizada la información exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación y del instituto donde se lo realiza o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL PERFIL PSIQUIÁTRICO EN ESTA INSTITUCIÓN, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Firma:

Fecha: